

高雄市家庭照顧者關懷協會轉介單

此致：_____單位 轉介日期： 年 月 日

照顧者姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係			
聯絡電話(O)		聯絡電話(H)		手機			
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	里村	路街 段巷		
	市		鄰	弄	號 之		
被照顧者狀況	<input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 失智 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 精神障礙				失能程度	<input type="checkbox"/> 1.極重度	<input type="checkbox"/> 2.重度
	<input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 其他_____					<input type="checkbox"/> 3.中度	<input type="checkbox"/> 4.輕度
家系圖							
照顧者概況							
照顧者需求	<input type="checkbox"/> 提供照顧技巧課程及指導 <input type="checkbox"/> 關懷問安 <input type="checkbox"/> 心理協談 <input type="checkbox"/> 聯誼活動 <input type="checkbox"/> 社會資源轉介 <input type="checkbox"/> 諮詢服務 <input type="checkbox"/> 經濟補助						
轉介單位							
轉介者		職稱		主管			
E-mail		聯絡電話		傳真			

-----回覆單-----

回覆日期：

姓名	處遇
回覆欄	
受理單位：	負責人員：